



### Anmerkungen zum Anmeldeformular

Bitte füllen Sie das Formular soweit möglich aus. Gerne sind wir Ihnen hierbei behilflich. Alle Angaben sind freiwillig und werden bei Einzug von uns noch ergänzt. Die persönlichen Daten sollten möglichst vollständig eingetragen werden, ebenso die Angabe der Pflegestufe.

Sofern die Einstufung in eine Pflegestufe möglich erscheint, dies aber bisher nicht beantragt wurde, stehen wir Ihnen hierbei, ebenso wie bei anderen formellen Fragen, gerne beratend zur Seite.

Bitte teilen Sie uns noch mit, wie Sie von uns kontaktiert werden möchten. Das machen Sie bitte genauso, wie stellenweise im Formular, indem Sie hier das entsprechende Kreuz setzen.

Ich bitte um Eingangsbestätigung der Anmeldung:

- unter Telefonnummer:
- auf dem Postwege, Adresse:

Name:

Straße:

Postleitzahl, Ort:

- Per E-Mail an:

Gerne stehen wir auch persönlich für Sie bereit. Sofern die räumliche Nähe gegeben ist, wäre auch eine Erstberatung in heimischer Umgebung möglich. Bitte kontaktieren Sie uns hierzu telefonisch oder per E-Mail.

**Bitte richten Sie bis zum Eröffnungstag die Anmeldung noch an folgende Adresse, da nur so sichergestellt ist, dass die Anmeldung zeitnah bearbeitet werden kann:**

Seniorenpflegezentrum Lebenswärme

z.Hd. Diana Steinbrenner

Breustian 9

29479 Jameln

Gerne nehmen wir die Anmeldung auch per **E-Mail an:**

*DianaSteinbrenner@lebenswaerme-zernien.de*

Oder **telefonisch:** 05863 / 3767-0 entgegen.



### Anmeldung zur Heimaufnahme

Nachname:	Vorname:	
Aktuelle Anschrift:		
Wohnhaft seit:		
Geburtsname:	Geburtsdatum:	Geburtsort:
Familienstand:	Konfession:	Staatsangehörigkeit:

<b>Angehörige(r)</b>	<b>Angehörige(r)</b>
Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Telefon:	Telefon:
Handy:	Handy:
Art der Verwandtschaft:	Art der Verwandtschaft:

<b>Gerichtlich bestellte/er Betreuer(in)</b>	
Name:	<b>Betreuungsrahmen</b> <input type="radio"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="radio"/> Gesundheitsfürsorge <input type="radio"/> Vermögensverwaltung <input type="radio"/> Post <input type="radio"/> Patientenverfügung <input type="radio"/> Generalvollmacht
Anschrift:	
Telefon:	
Handy:	
Bestellt durch Amtsgericht:	Geschäftszeichen:

<b>Ihr behandelnder Hausarzt</b>	
Name:	Telefon:
Anschrift:	Fax:

<b>Zuständige Krankenkasse:</b>			
Name:		Versicherungsnummer:	
Anschrift:		Sind Sie von Medikamentenzuzahlungen befreit?	Sind Sie beihilfeberechtigt?
Telefon:	Pflegestufe:	Ja / Nein	Ja / Nein



<b>Kostenträger</b>				
Name (Versicherung, Institution):	<input type="radio"/> Selbstzahler	<input type="radio"/> Landkreis		
Sachbearbeiter:	Aktenzeichen:			
Anschrift:	Telefon:			
<b>Weitere Kostenträger (Versicherungen, Rentenkassen etc.)</b>				
Name (Versicherung, Institution):	Sachbearbeiter:	Aktenzeichen:		
Anschrift:	Telefon:			
Name (Versicherung, Institution):	Sachbearbeiter:	Aktenzeichen:		
Anschrift:	Telefon:			
<b>Gewünschte Unterbringung in unserem Haus</b>				
<input type="radio"/> Dauerpflege <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Tagespflege:		<input type="radio"/> Einzelzimmer <input type="radio"/> Doppelzimmer mit Partner <input type="radio"/> Doppelzimmer mit Drittem		
Wochentag	Uhrzeit			ganztags
<input type="radio"/> Montag	von:                      bis:			<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Dienstag	von:                      bis:			<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Mittwoch	von:                      bis:			<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Donnerstag	von:                      bis:			<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Freitag	von:                      bis:			<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Samstag	von:                      bis:			<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Sonntag	von:                      bis:	<input type="radio"/>		
<b>Gewünschter Einzugstermin</b>				
<input type="radio"/> Sofort <input type="radio"/> Ab dem _____				
Anmerkungen zum Terminwunsch oder anderen Wünschen:				

**Dieser Antrag ist unverbindlich**

<b>Datum</b>	<b>Unterschrift Bewohner/in    und / oder</b>	<b>Antragsteller/in</b>
<b>Datum</b>	<b>Unterschrift Mitarbeiter/in</b>	<b>Position</b>